

**SOLICITUD DE INGRESOS
PARA PADRES QUE DESEAN PARTICIPAR EN EL
PROGRAMA ALIMENTICIO PARA NIÑOS Y ADULTOS EN CUIDADO. AÑO FISCAL 2010**

Nombre del Proveedor _____	Teléfono _____	
Dirección _____	Ciudad _____	Código Postal _____

Nombre (letra impresa) : _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Número de teléfono (casa) _____ Número de teléfono (trabajo) _____

Yo certifico que toda la información siguiente es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se da en conexión al recibir fondos federales; que oficiales de las instituciones pueden verificar esta información; y que un propósito mal deliberado o mal interpretado puede exponerme a un juicio bajo los estatutos criminales estatales y federales aplicables.

CONFIDENCIALIDAD: La información que usted sumita será tratada confidencial y se usará únicamente para determinar elegibilidad y verificación de datos para el (CACFP) programa alimenticio para niños y adultos en cuidado.

_____ Firma _____ Número de Seguro Social _____ Fecha _____

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Llene esta parte para sus hijos si **NO** son elegibles para participar en programas suministrados por fondos estatales, federales u otros beneficios.

Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Apunte **TODOS LOS NOMBRES** de los **MIEMBROS DEL HOGAR. INCLÚYASE USTED MISMO, OTROS ADULTOS Y NIÑOS. NO INCLUYA A LOS NIÑOS APUNTADOS ARRIBA, A MENOS QUE RECIBAN INGRESOS CON REGULARIDAD.** Escriba la cantidad del **INGRESO MENSUAL** de cada persona incluyendo la fuente de donde los recibe, en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso **BRUTO** ANTES de las deducciones de impuestos, seguro social, etc.

NOMBRE	Ingresos Mensuales de trabajo (antes de Deducir impuestos)	Beneficios Mensuales de Asistencia en efectivo, mantenimiento familiar	Ingresos Mensuales de pensiones y del seguro social	Otros Ingresos mensuales
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____

NIÑOS DE CRIANZA/INSTITUCIONALIZADOS (FOSTER CHILDREN)

Niños de crianza/institucionalizados son elegibles para el reembolso de comidas sin importar los ingresos de la casa en la que residen. Si tiene niños adoptivos/institucionalizados en su casa, por favor indique sus nombres aquí y el total de ingresos que cada niño recibe para uso personal.

Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento	Ingresos
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

ELEGIBILIDAD CATEGÓRICA

Llene esta parte si sus hijos actualmente reciben beneficios de alguno de los siguientes programas. Indique los que apliquen y el número del caso. **PROGRAMAS ELEGIBLES:**

del caso

- Programa de Asistencia de Comida en las Reservas Indias (FDPIR) _____
- Asistencia en Efectivo _____
- Estampillas de Comida _____
- Programa para Combatir el Hambre _____
- Estampillas de Comida Para el Entrenamiento y Empleo (FS E&T) _____
- Comida en las Escuelas Publicas _____
- Comida para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC) _____
- Educación preescolar del Gobierno (Even Start) _____
- Educación preescolar del Gobierno, basado en ingresos (Head Start) _____
- Desempleó (Unemployment) _____
- Tratamiento de Cáncer Cervical y de los Senos (AHCCCS) _____
- S.O.B.R.A. para niños recién nacidos a la edad de 19 años (AHCCCS) _____
- (AC) del programa AHCCCS _____
- AHCCCS para familias con niños _____
- Gastos Médicos Deducibles (MED) de AHCCCS _____
- Servicios para Crisis de Corto Plazo _____
- Asistencia a la Comunidad para la Vecindad _____
- Asistencia con gastos de energía para el hogar para personas de bajos ingresos _____
- Asistencia con los gastos telefónicos _____
- Asistencia efectiva del programa SSI _____
- Asistencia efectiva del programa SSI MAO _____
- Asistencia Medica QMB (Medicare) _____
- Asistencia Medica SLMB _____
- Asistencia telefónica para los de edad avanzada QI-1 (Medicare) _____
- Abuelos con niños de crianza/ institucionalizados (foster) _____
- Asistencia telefónica para los de edad avanzada _____

Nombre del Niño

Edad

Fecha de Nacimiento

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Estimados Padres o Tutores:

El Programa De Alimentación de Niños y Adultos de Cuidado Diurno requiere que el reembolso que este proveedor recibe por las comidas servidas a todos los niños esté basado en la Declaración de Ingresos sometida por cada padre a tutor. Esto lo beneficia a usted porque nos ayuda a mantener el precio por cada niño a un nivel bajo. Está información será confidencial.

Guía de Elegibilidad de Ingresos			
Efectivo desde el 1 de julio, 2009 hasta el 30 de junio, 2010			
Miembros en el Hogar	Anual	Mensual	Semanal
1	\$20,036	\$1,670	\$386
2	26,955	2,247	519
3	33,874	2,823	652
4	40,793	3,400	785
5	47,712	3,976	918
6	54,631	4,553	1,051
7	61,550	5,130	1,184
8	68,469	5,706	1,317
Por cada miembro de familia adicional añada	+6,919	+577	+134

En el Programa De Alimentación de Niños y Adultos de Cuidado Diurno, ningún niño será discriminado debido a su raza, color, origen, sexo, edad, o incapacidad. Si usted cree que ha sido discriminado en cualquier actividad relacionada con el USDA, usted debe de escribir inmediatamente a la Secretaría de Agricultura a: Secretary of Agriculture, Washington, DC 20250.

NIÑOS CON INCAPACIDADES: Si el médico ha determinado que su niño está incapacitado y la incapacidad lo previene de comer una comida regular, este centro hará todas las substitutiones indicadas por el médico. Si se necesita una substitution, no se le cobrará cargo extra por la comida. Si usted cree que su niño necesita substitutiones debido a su incapacidad, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente y dénos más información.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños que reciben asistencia publica de los programas de Estampillas de Comida, Asistencia en Efectivo, o del programa FDPIR, únicamente si el nombre del niño, el numero del caso de asistencia publica, y la firma de el miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos es incluida. En algunos casos, niños que se consideran "foster" o hijos de crianza, el centro de cuidado diurno es elegible para reembolso por comidas gratis o a precios reducidos independientemente del ingreso familiar de la familia con que el niño vive.

El centro de cuidado diurno es elegible para reembolso de comidas gratis o a precios reducidos por los niños de familias con ingresos menores o iguales a los ingresos que se indican arriba. Para que el centro de cuidado diurno sea elegible, la Declaración de Impuestos debe de incluir documentación completa de la información solicitada, incluyendo el total del ingreso familiar, los nombres de todos los miembros de la familia, el numero del seguro social del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Impuestos, o la palabra "Ninguno" si es que no tiene un numero de seguro social, la fecha, y la firma del miembro adulto de la familia que lleno esta Declaración de Ingresos.

La Sección 9 de la ley nacional para el programa de comidas indica que, a menos que nos de el número de las estampillas para comida de sus niños, el número del caso del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, usted debe de incluir en su solicitud un número del seguro social. Este debe ser el número del seguro social del miembro adulto de su familia que firme la solicitud, o una indicación de que el miembro de su familia no tiene un número del seguro social. No es obligatorio tener un número del seguro social, pero si no se provee un número del seguro social o no se hace una indicación de que el miembro que firma no tiene un número, entonces la solicitud no será aprobada. Está notificación se le debe de entregar al miembro de la familia quien firma la solicitud y cuyo número del seguro social aparece en ella. El número del seguro social puede ser usado para identificar a la persona que firma y para verificar la información incluida en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser llevados a cabo mediante programas de revisión, auditorías e investigaciones y puede incluir el hablar con su empleador para determinar el ingreso, con la oficina que distribuye las estampillas para comida, con la oficina de ayuda económica (Welfare), las oficinas de Asistencia en Efectivo o FDPIR para determinar los beneficios recibidos. Todo esto puede traer como resultado una pérdida o una reducción de los beneficios, demandas administrativas, o acciones legales, si la información proporcionada es incorrecta.

"WAIVER:" Usted puede emitir el nombre de mi(s) hijo(s) al proveedor de cuidado como elegible para el programa. Si No

Firma

Fecha

Raza/Identidad Étnica: No es mandatorio, voluntariamente conteste esta pregunta. Por favor indique la categoría.

Blanco Anglosajón — No de Origen Hispano Negro o Afro estadounidense-No de Origen Hispano Hispano o Latino Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai o Isla Pacifico Asiático

For Sponsor Use Only (Para el uso del Patrocinador Únicamente)

Approved by: _____ Total Household Size: _____ Children in each category
 Approved date: _____ Total Monthly Income: _____ () Eligible () Ineligible